FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N° 166

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre, André, Paul BIDAUT

Né le 14 Février 1937 à PARIS-15e

Présentée et soutenue publiquement le

RESULTATS OPERATOIRES DANS LE DECOLLEMENT DE LA RETINE

Président : Monsieur P. BREGEAT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VIe
1969

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Pierre, André, Paul BIDAUT

Né le 14 février 1937 à Paris - 15ème

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

RESULTATS OPERATOIRES DANS LE DECOLLEMENT DE LA RETINE

-:-

Président : Monsieur P. BREGEAT (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6e
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Cliniques médicales — —	CONTE (M.)
Cliniques médicales — —	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2e CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)		DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
à titre personnel		BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)

	MM.
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. c

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A mon PERE

A ma MERE

A ma FEMME

A mes ENFANTS

En témoignage de ma profonde affection

A toute ma FAMILLE

A tous mes AMIS

A Monsieur le Professeur P. BREGEAT

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

Avec ma respectueuse recon-
naissance

A Monsieur le Docteur POLLIOT

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service (Ophtalmologie)
à l'Hôpital Laennec à Paris

Qui m'a accueilli dans son service et m'a inspiré le sujet de cette thèse

Que ce modeste travail témoigne de ma respectueuse gratitude pour son précieux enseignement et sa bienveillante sollicitude

RESULTATS OPERATOIRES

DANS LE DECOLLEMENT DE LA RETINE

-:-

INTRODUCTION

-:-

En raison des nombreuses théories pathogéniques avancées et de la multiplicité des techniques opératoires qui ont été proposées, le traitement du décollement idiopathique de la rétine qui s'observe comme nous le verrons, surtout chez les myopes et les sujets âgés, constitue encore pour l'ophtalmologiste une source de difficultés et de soucis multiples.

Depuis les travaux de Gilbert SOURDILLE et surtout de GONIN en 1925, le traitement du décollement de la rétine vise à deux buts : obturer la déchirure et obtenir la réapplication de la rétine.

Reprenant les travaux de DOLLFUS, GUILLAUMAT et BERNARD, MASSIN, HUDSON et MALBRAN, et malgré un nombre de cas relativement réduits, nous avons essayé d'aborder le problème des résultats opératoires d'une manière analytique en nous référant au type clinique.

Dans une première partie, nous présenterons les résultats statistiques globaux qui sont habituellement étudiés et qui entrent dans le cadre des conditions générales et locales d'apparition du décollement de la rétine.

Dans une deuxième partie, nous verrons les résultats statistiques concernant l'étude clinique des cas présentés.

Et enfin, dans une troisième partie, nous analyserons ces résultats en fonction de la clinique : typographie et importance des lésions, et en fonction du type d'intervention

choisie.

Nous avons rassemblé 100 observations s'étendant sur trois années, dans le service hospitalier du Docteur POLLIOT.

PREMIERE PARTIE :

- Conditions générales prédisposantes :

a) L'âge :

- de 0 à 20 ans, I cas à 8 ans chez un enfant prématuré avec suspicion de fibroplasie.

- I cas à 16 ans avec antécédent de traumatisme trois mois avant.

- 2 cas à 18 ans dont un avec antécédent d'uvéite.

- de 20 à 40 ans, 19 cas dont 9 hommes et 10 femmes.

- de 40 à 60 ans, 38 cas dont 15 hommes et 23 femmes.

- plus de 60 ans, 39 cas dont 15 hommes et 24 femmes.

Comme le montre les différentes statistiques (GONIN, ARRUGA, VOGT, AMSLER, SCHIFF-WERTHEIMER, BARTELS) l'affection survient le plus fréquemment entre 40 et 60 ans, et après 60 ans.

b) Le sexe :

- masculin : 43 observations,
- féminin : 57 observations.

Cependant les statistiques insistent sur la

plus grande fréquence du décollement de rétine chez l'homme.

c) Le facteur héréditaire :

Le facteur héréditaire, encore imparfaitement codifié mais admis par tous les auteurs, est rarement précisé dans les observations. On a retrouvé :

- un décollement chez le père dans un cas,
- un décollement chez un frère dans un cas.

Conditions locales prédisposantes :

a) Le côté du décollement :

- O.D. : 54 observations,
- O.G. : 44 observations
- Bilatéralité : 2 observations (décollements survenus dans la période des trois années considérées).

b) La réfraction :

Myopie : 57 cas dont :
- myopie de 0 - 5 : 30 cas dont deux aphakes.
- myopie de 5 -12 : 23 cas,
- myopie de plus-12 :4 cas.

On retrouve le pourcentage de myopes atteints de décollement, qui selon les différents auteurs varie de 50 à 70%.

- emmétropie : 23 cas,
- hypermétropie (ne dépassant pas 2 dioptries) 12 cas,
- astigmatisme important : 1 cas,
- sans précision : 9 cas dont 8 aphakes et 1 malade qui présentait des taies cornéennes depuis l'enfance et une cataracte totale.

c) La bilatéralité :

Deux observations dans lesquelles la bilatéralité est survenue pendant les trois ans de cette analyse.

Mais on a pu noter dans les antécédents :

- un décollement de l'autre oeil, non opéré, avec acuité visuelle nulle.

- un décollement de l'autre oeil (aphake) 6 mois avant, traité par résection, repris par cerclage, avec acuité visuelle nulle et décollement total.

- un décollement de l'autre oeil 1 an avant, traité par diathermo-coagulation, repris par résection 4 mois après pour récidive, avec acuité visuelle à 9/10.

- un décollement de l'autre oeil (aphake), 3 ans avant opéré seulement 2 ans après, avec acuité visuelle nulle et décollement total.

- un décollement de l'autre oeil 8 ans avant, avec acuité visuelle nulle et décollement total.

- un décollement de l'autre oeil 8 ans avant, opéré deux fois avec rétine à plat mais acuité visuelle inférieure à 1/10.

- un décollement de l'autre oeil 17 ans avant, non opéré avec acuité visuelle nulle et décollement total.

- un décollement de l'autre oeil 1 an 1/2 après le décollement opéré deux fois sans succès, et pour lequel il n'existe pas assez de recul pour juger du résultat. La bilatéralité est donc retrouvée dans 10% des cas. Les différentes

statistiques donnant des chiffres allant de 11 à 25%.

DEUXIEME PARTIE :

- Clinique :

a) Mode de début.

- brutal ..... 34 fois,
- progressif ..... 64 fois,
- non précisé ..... 4 fois.

Les malades signalaient :

- isolément :

- un scotome ..... 51 fois,
- des corps flottants ..... 5 fois,
- des phosphènes ..... 1 fois,
- des métamorphopsies ..... 2 fois,
- des signes inflammatoires ..... 3 fois.

- associés par deux :

- un scotome et des corps flottants 10 fois,
- un scotome et des phosphénes ..... 6 fois,
- un scotome et des métamorphopsies ..... 4 fois,
- un scotome et des signes inflam ..... 2 fois,
- des phosphénes et des corps flottants, 2 fois,
- des phosphénes et des métamorphopsies, 1 fois,

- associés par trois :

- un scotome, des phosphénes et des corps flottants ..... 4 fois,
- un scotome, des phosphénes et des métamorphopsies ..... 1 fois,
- des phosphénes, des corps flottants et des métamorphopsies ..... 1 fois
- non précisés ..... 9 fois.

dont un cas constaté dans les jours suivants une intra-capsulaire.

b) L'examen de l'oeil du malade mettait en évidence :

Cristallin :

- normal ..... 30 fois,
- cataracté ..... 6 fois,
- présentant des opacités ..... 10 fois,
- aphakie ..... 10 fois,
- non précisé ..... 47 fois.

Rétine :

- non soulevée : 2 fois dont un cas avec déchirure et un cas avec désinsertion.

- dans 4 cas il existait un décollement plat dont 1 cas avec déchirure temporale supérieure, 1 cas avec deux trous rétiniens nasaux inférieurs, 1 cas avec désinsertion inféro-temporale et 1 cas de décollement inférieur chez un aphake, sans déchirure retrouvée.

- dans un cas existait un kyste rétinien inféro-nasal.

- décollement de 1 quadrant ..... 28 cas,
- décollement de 2 quadrants ..... 49 cas,
- décollement de 3 quadrants ..... 4 cas,
- décollement de 4 quadrants ..... 11 cas,
- non précisé ..... 3 cas,

La topographie de ces décollements est plus intéressante à considérer :

Parmi les décollements ne dépassant pas 1 quadrant (28 cas):

- 17 étaient temporaux supérieurs,
- 8 étaient temporaux inférieurs,
- 1 était nasal supérieur,
- 2 étaient nasaux inférieurs.

Parmi les soulévements s'étendant sur 2 quadrants (49 cas),

- 2 étaient supérieurs,
-25 étaient inférieurs,
-17 étaient temporaux,
- 5 étaient nasaux.

Ces chiffres rejoignent la plupart de ceux déjà publiés.

Répartition des déchirures :

En différenciant les lésions rétiniennes en déchirures à lambeau de formes variables et en trou bien limité à l'emporte pièce, il existait 34 observations de déchirure unique se répartissant de la façon suivante :

- 24 petites en V fermé,
- 6 grandes en U ouvert,
- 5 linéaires,

- 23 étaient temporales supérieures,
- 6 étaient temporales inférieures,
- 6 étaient nasales inférieures.

Dans 4 observations il existait un trou à l'emporte pièce unique, qui était temporal supérieur. Dans 9 observations il existait une désinsertion unique se répartissant ainsi :

- 2 étaient temporales supérieures,
- 5 étaient temporales inférieures,

19 observations de déchirures multiples se répartissaient ainsi :

- 2 déchirures petites en V fermé,
étaient temporales supérieures ..... 2 fois,
étaient nasales supérieures ..... 1 fois,

- 3 déchirures petites en V fermé,
  étaient temporales supérieures ..... 3 fois,
  étaient temporales inférieures ..... 1 fois,

- 5 déchirures petites en V fermé,
  étaient temporales supérieures et inférieures ..... 1 fois,
  étaient temporales inférieures ..... 1 fois,
  étaient nasales supérieures ..... 1 fois,

- Une grande déchirure nasale supérieure et inférieure et un trou ..... 1 fois,

- Deux déchirures petites en V fermé temporales supérieures et un trou énorme ..... 1 fois,

- Une déchirure petite en V fermé temporale supérieure et un trou ..... 1 fois,

- Une déchirure petite en V fermé nasale inférieure et deux trous ..... 1 fois.

- 3 trous :
  étaient temporaux inférieurs ..... 2 fois,
  étaient temporaux supérieurs ..... 1 fois,

- Une désinsertion nasale inférieure et un trou ..... 1 fois,

- Une désinsertion nasale inférieure et deux trous ..... 1 fois.

Dans 24 observations aucune déchirure ou trou n'a pu être mis en évidence :

- dans 5 cas, il s'agissait d'un décollement total,
- et dans un cas, d'un décollement de trois quadrants.
- deux fois, il existait une cataracte totale.

Une fois, il s'agissait d'un kyste rétinien.
Dans les autres cas, le décollement était inférieur excepté dans un cas où il était supérieur.

c) Notion de traumatisme :

Un traumatisme direct certain a été retrouvé 2 fois. 8 fois il était invoqué sans qu'il soit possible de dire s'il y avait réellement relation de cause à effet.

TROISIEME PARTIE :

Avant d'aborder les résultats proprement dits, nous allons préciser les détails des techniques opératoires utilisées :

- La diathermie mise au point et utilisée, autour de 1930 par les principaux opérateurs : WEVE, SAFAR, LARSON, AMSLER, ARRUGA, GENET, PAUFIQUE, était appliquée en surface après exposition sclérale et séchage de cette dernière (diathermie transclérale). La température n'étant pas contrôlée, l'application était poursuivie jusqu'à l'obtention d'une teinte gris verdâtre de la sclère. La surface coagulée correspondait à un encadrement très large de la zone déchirée.

- L'évacuation du liquide sous rétinien était réalisée par ponction à l'aide de l'aiguille courte de l'appareil de diathermie enfoncée au point le plus déclive de la zone soulevée.

- La galvanocautérisation à la pointe fine, préconisée par VOGT, DOLLFUS, était pratiquée de la même façon que la diathermie et avec les mêmes critères.

- La résection sclérale lamellaire mise au

point et perfectionnée conjointement par SHAPLAND en Angleterre et PAUFIQUE à Lyon, était pratiquée sur un ou deux quadrants selon l'importance des lésions. Réalisée au scarificateur ou à la pointe du couteau, la largeur de la résection ne dépassait jamais 3 mm. Les fils de nylon étaient passés ensuite dans les deux berges de la tranche de section puis serrés après diathermie de surface dans le lit et sur les berges de la résection et après ponction du globe.

- Dans un cas, fut utilisée la poche sclérale lamellaire avec enfouissement de silicone sous le volet scléral.

- Le cerclage au fil de nylon était effectué selon la technique d'ARRUGA.

Dans deux cas, le bourrelet scléro-choroïdien circulaire avec résection sclérale fut pratiqué avec mise en place d'un rail de silicone dans la résection et utilisation d'une sangle de silicone.

Pour nous aider dans l'étude des observations rassemblées, nous les avons codifiées sur des fiches mécanographiques à trous, bien que parfois il soit très difficile d'arriver à une parfaite standardisation des cas cliniques. Quant aux résultats opératoires proprement dits, ils seront exprimés de deux façons :

- anatomique, et c'est le seul qui puisse être apprécié avec certitude, c'est-à-dire une réapplication anatomique parfaite de la rétine, vérifiée ophtalmoscopiquement sans soulèvement rétinien résiduel même limité, ou l'absence de réapplication.

- et fonctionnel; mais dans ce cas, il est beaucoup plus difficile d'exiger un critère de bon résultat, car l'évaluation de la valeur fonctionnelle de ces yeux opérés, reste souvent affaire d'appréciation. Ainsi, un bon champ visuel avec une acuité visuelle ne serait-ce qu'à 1/10 ou même 1/20 chez un myope fort et sur un oeil unique doit être considéré comme un assez bon résultat.

Pour établir nos résultats, nous avons considéré le bilan anatomique et fonctionnel pratiqué six mois après la dernière intervention et nous avons estimés comme très incertains les résultats chez les malades qui n'ont pas été revu, car si nous connaissions toujours le résultat anatomique post-opératoire précoce au premier mois ou à la sixième semaine après l'intervention, nous ignorions l'évolution ultérieure.

Si nous considérons les 100 observations rassemblées, dont deux où il s'agissait de cas bilatéraux, ce qui ramène le nombre de cas traités à 102, nous avons 19 malades qui n'ont pas été revus six mois après.

Dans 16 cas existait un bon résultat anatomique avec une acuité visuelle chiffrable.

Dans 1 cas existait une rechute 1 mois 1/2 après la première intervention et la malade devait subir un cerclage.

Dans deux cas et bien que les malades aient été revus six mois après, une cataracte totale ne permettait pas de juger du résultat anatomique avec certitude bien qu'il existât une bonne projection lumineuse.

Pour ces 19 cas, c'est-à-dire 18,6%, les ré-

sultats seront considérés comme incertains.

Dans les deux autres cas, il s'agissait d'échecs opératoires avec dans un cas décollement total et dans l'autre complication hypertonique après cerclage ayant nécessité deux cyclodiathermies perforantes pour ramener la tension oculaire à son chiffre normal, mais avec un résultat fonctionnel nul.

-:-

RESULTATS OPERATOIRES

-:-

I.- RETINE NON SOULEVEE : (2 cas)

- Dans un cas existait une désinsertion nasale supérieure et inférieure qui fut traitée par une résection de deux quadrants avec réapplication rétinienne et une acuité de 6/10.

-Dans l'autre cas, le malade présentait une énorme déchirure temporale supérieure entourée de lésions de rétinite palissadique, traitée par résection et suivie de réapplication avec une acuité de 5/10.

II.- DECOLLEMENT PLAT : (4 cas)

- Dans un cas, existait une déchirure temporale supérieure avec une rétine très peu soulevée autour de la déchirure, une résection fut suivie de réapplication rétinienne avec une acuité visuelle de 4/10.

- Un cas de désinsertion inféro-temporale avec hémorragie maculaire, consécutive à un traumatisme direct violent, traitée par diathermie, fut suivie d'une réapplication permettant une acuité visuelle de 1/20 en raison d'une dégénérescence maculaire.

- Un malade présentait deux trous rétiniens nasaux inférieur avec une rétine très peu soulevée autour. Il fut traité par galvanocautérisation avec succès rétinien et acuité visuelle de 6/10. Mais ce résultat constaté à la sortie du malade doit être considéré comme incertain, car non confirmé six mois après.

-Enfin, un malade aphake présentait une rétine peu soulevée dans sa moitié inférieure sans déchirure visible. Un cerclage aboutit à une réapplication de la rétine avec une acuité visuelle de 1/10 en rapport avec une dégénérescence maculaire.Mais, résultat incertain.

III.- KYSTE RETINIEN : (1 cas)

-Chez un sujet de race noire, un kyste rétinien sans déchirure fut traité par cerclage mais aboutit à un échec.

IV.- DECOLLEMENT NE DEPASSANT PAS UN QUADRANT : (28 cas)

1.) Décollement temporal supérieur avec déchirure unique (11 cas).

- 4 cas traités par diathermie, suivis de 4 réapplications rétiniennes avec acuité visuelle respectivement de 2/10, 3/10, et 10/10 et un résultat incertain.

- 6 cas traités par résection sclérale, suivis de 4 réapplications avec acuité respectivement de 1/10, 6/10, et un résultat incertain , I soulèvement persistant repris par diathermie perforante avec succès rétinien et acuité de 7/10.

- I rechute avec apparition d'une nouvelle déchirure, reprise par une nouvelle résection et suivie de réapplication et acuité de 2/10.

- I cas traité par cerclage fut suivi d'un échec.

2.) Décollement temporal supérieur avec déchirures multiples (5 cas).

- I cas traité par diathermie suivi d'une

réapplication et acuité de 2/10. Mais résultat incertain.

- 4 cas traités par résection suivis de 3 réapplications et acuité visuelle respectivement de 1/10, 2/10 et 6/10.

- I échec repris par cerclage avec succès rétinien et acuité de 1/10.

3.) Décollement temporal supérieur avec désinsertion (1 cas) traité par galvanocautérisation sans résultat.

4.) Décollement temporal inférieur avec déchirure unique (2 cas).

- l'un et l'autre traités par diathermie suivis de :
- 1 réapplication rétinienne et acuité de 1/10 ;
- 1 échec sur lequel deux cerclages furent sans résultat.

5.) Décollement temporal inférieur avec déchirures multiples (2 cas).

- 1 cas traité par diathermie suivie de réapplication avec acuité de 10/10.

- 1 cas traité par galvanocautérisation avec succès rétinien et acuité de 4/10.

6.) Décollement temporal inférieur avec désinsertion (1 cas) traité par galvanocautérisation avec succès rétinien et acuité à 2/10. Mais résultat incertain.

7.) Décollement temporal inférieur sans déchirure visible (3 cas).

- 2 cas traités par résection sclérale suivis

de 1 réapplication avec acuité à 4/10. Mais résultat incertain chez ce malade qui avait fait une hémorragie du vitré 10 ans avant et qui présentait des lésions de rétinite proliférante. 1 échec repris par cerclage avec succès rétinien et acuité à 4/10.

- 1 cas traité par cerclage, suivi d'hypertonie oculaire ayant nécessité deux cyclodiathermies perforantes. Résultat nul. Ce malade avait fait une crise de glaucome aigu 3 mois avant pour laquelle une intervention d'Elliot s'était compliquée d'issue de vitré.

8.) Décollement nasal supérieur avec déchirures multiples : (1 cas).

Traité par résection avec succès rétinien et acuité de 5/10. Mais résultat incertain.

9.) Décollement nasal inférieur avec déchirure unique (1 cas).

Il s'agissait d'un malade aphake qui fut traité par diathermie avec succès rétinien et acuité à 1/50. Mais résultat incertain.

10.) Décollement nasal inférieur sans déchirure visible (1 cas).

Le malade avait présenté un décollement du même oeil 1 an auparavant opéré par diathermie avec réapplication et acuité visuelle de 6/10. Il fut repris par cerclage avec succès et acuité de 2/10.

En reprenant les observations comportant un soulèvement ne dépassant pas un quadrant, nous constatons :

- 17 bons résultats 60,7%,
- 4 échecs 14,3%,

- 7 résultats incertains ..... 25%.

Si nous considérons maintenant les interventions pratiquées pour ces décollements limités :

- pour 9 diathermies associées à quelques perforantes, il y a eu :

- 6 réapplications rétiniennes.....66,6%
- 2 réapplications mais résultats incertains 22,2%
- 1 échec 11,1%

-pour 3 galvanocautérisations :

- 1 réapplications rétinienne,
- 1 résultat incertain,
- 1 échec,

- pour 13 résections :

- 8 bons résultats 61,5%
- 3 résultats incertains 23%
- 2 échecs repris par cerclage avec succès.

- pour 3 cerclages :

- 1 réapplication rétinienne,
- 2 échecs.

On peut conclure, après cette revue des quelques cas limités à un quadrant, que c'est l'intervention la plus simple et la moins traumatisante : la diathermie transclérale associée à l'évacuation du liquide sous rétinien, qui paraît la plus efficace.

V.- DECOLLEMENT RETINIEN DE DEUX QUADRANTS: (49 cas).

1.) Décollement de deux quadrants supérieurs (2 cas).

- 1 cas avec large déchirure en arceau fut traité par résection suivie de réapplication et acuité visuelle à 7/10.

- 1 cas sans déchirure visible, traité par résection avec succès rétinien et acuité visuelle à 1/10.

2.) Décollement de deux quadrants inférieurs (25 cas).

- 7 fois, une déchirure unique avait été repérée.

- 2 cas furent traités par résection suivie de réapplication rétinienne avec acuité respectivement de 2/10 et 1/50.
- 4 cas furent traités par cerclage avec 3 réapplications et acuité respectivement de 1/50 dans deux observations et 1/10.

- 1 rechute six mois après, reprise par un nouveau cerclage aboutit à un échec avec décollement en parapluie.

- 1 cas traité par galvanocautérisation suivi d'une autre galvanocautérisation 15 jours plus tard, avec succès rétinien et bonne projection lumineuse, une dégénérescence maculaire empêchant une meilleure acuité. Mais résultat incertain.

- 4 fois, plusieurs déchirures avaient été noté :

-2 cas furent traités par diathermie avec réapplication rétinienne et acuité visuelle respectivement de 8/10 et 9/10.

-2 cas traités par résection sclérale abou-

tirent :

- 1 fois à une réapplication rétinienne avec acuité à 4/10 chez un aphake,
- 1 fois à un échec avec hémorragie du vitré,
- 5 fois, une désinsertion fut retrouvée : elle était unique dans 3 cas :

- 1 diathermie aboutit à un succès rétinien avec acuité à 4/10.
- 2 résections sclérales furent suivies de 1 réapplication avec acuité à 1/50 en raison d'une dégénérescence maculaire. Mais résultat incertain.

1 persistance du soulèvement ayant nécessité une diathermie perforante avec réapplication et acuité à 3/10. Ce malade rechuta 1 mois après, avec une déchirure localisée dans un autre secteur rétinien. Une nouvelle résection aboutit à une réapplication et une acuité visuelle de 2/10.
Elle s'accompagnait de déchirures dans 2 cas .

- 1 diathermie fut suivie d'échec. L'état lamentable de la rétine ne permit pas d'envisager une nouvelle intervention.
- 1 résection sclérale aboutit à un échec repris par un cerclage avec succès rétinien et acuité de 5/10.

- 9 fois, aucune déchirure ne put être localisée, 3 cas traités par galvanocautérisation aboutirent :

- 1 fois à un succès rétinien avec acuité à 1/20.
- 1 fois à un échec chez un aphake glaucomateux,
- 1 fois à un échec chez un aphake monophtalme qui avait présenté un décollement du même oeil traité deux mois avant par une résection avec succès rétinien et acuité à 9/10. Une tentative de reprise par diathermie ne per-

mit pas de récupérer ce décollement.

- 1 cas traité par résection suivie d'échec, devait être repris par cerclage en clinique. La malade ne fut pas revue.
- 4 cas traités par cerclage aboutirent :

1 fois à une réapplication rétinienne et acuité visuelle de 2/10.

2 fois à un résultat incertain car l'état rétinien ne pouvait être apprécié en raison d'une cataracte totale, cependant il existait une bonne projection lumineuse dans tous les secteurs.

1 fois à un échec qui ne fut pas corrigé par un nouveau cerclage.

1 cas traité par scleral buckling fut suivi de succès rétinien avec acuité de 1/10. Mais résultat incertain.

3.) Décollement de deux quadrants temporaux (17 cas).

- 9 fois, existait une déchirure unique, 2 cas traités par diathermie suivis de :

- 1 réapplication avec acuité à 4/10. Mais résultat incertain.
- 1 échec repris par cerclage. Malheureusement une panophtalmie devait conduire à l'énucléation du globe.

2 cas traités par galvanocautérisation suivis de :

- 1 réapplication avec acuité à 6/10.
- 1 rechute un an et demi après, repris par une autre galvanocautérisation avec succès rétinien et acuité de 1/10.

5 cas traités par résection sclérale suivis de :

- 1 succès avec rétine à plat et acuité à 1/10.
- 1 échec chez un monophtalme, corrigé par une nouvelle résection. Une rechute un an après fut reprise par un cerclage avec succès rétinien et acuité de 2/10.
- 1 échec par hémorragie du vitré,
- 1 échec chez un malade porteur d'un glaucome chronique depuis deux ans,
- 1 échec non corrigé par une nouvelle résection.

5 fois existait des déchirures multiples (5 cas).

- 2 diathermies aboutirent à deux réapplications avec acuité respectivement à 4/10 et 7/10.
- 2 résections sclérales furent suivies de :
- 1 échec repris six mois après par une nouvelle résection avec succès rétinien et acuité à 1/10.
- 1 échec repris par cerclage sans succès.
- 1 scléral buckling complété deux mois après, fut suivi d'échec.

1 fois, existait une désinsertion qui fut traitée par une résection sclérale complétée un mois après par une diathermie de surface associée à quelques perforantes pour persistance du soulèvement, suivie de réapplication rétinienne et acuité de 4/10.

2 fois, aucune déchirure n'était retrouvée :

- 1 cas fut traité par diathermie complétée par quelques perforantes deux mois après pour persistance du soulèvement. L'échec chez ce malade qui avait fait des hémorragies récidivantes du vitré, ne fut pas corrigé par une nouvelle diathermie associée à des perforantes.

-1 cas fut traité par une résection sclérale suivie de réapplication et acuité de 1/50.

4.) Décollement de deux quadrants nasaux (5 cas).

- 3 fois avec déchirure unique :
- 1 cas traité par galvanocautérisation repris quinze jours après par une nouvelle galvanocautérisation pour apparition d'une nouvelle déchirure ne fut pas suivi de succès.
- 1 cas traité par résection sclérale avec réapplication rétinienne et acuité de 5/10.
- 1 cas traité par poche sclérale lamellaire avec inclusion de silicone fut suivi de réapplication avec acuité à 4/10. Mais résultat incertain.

- 1 fois avec désinsertion une résection sclérale aboutit à un échec,
- 1 fois sans déchirure localisée traité par cerclage avec succès, l'acuité étant de 1/10.

En reprenant globalement les observations où le soulèvement atteignait deux quadrants :

Sur 49 cas, il y a :

- 26 succès 53%
- 15 échecs 30,6%
- 8 résultats incertains ..... 16,4%.

Si nous considérons les interventions pratiquées pour ce type clinique :

Pour 7 diathermies :
- 5 succès 71,4%
- 2 échecs 28,6%

Deux diathermies reprises par cerclage ont

été suivi de :
- 1 échec
- 1 résultat incertain.

Pour 7 galvanocautérisations :
- 3 succès 43%
- 3 échecs 43%
- 1 résultat incertain ..... 14%.

Pour 18 résections :
-11 succès 61%
- 5 échecs 28%
- 2 résultats incertains ..... 11%.

Trois résections sclérales reprises par cerclage furent suivies de :

- 2 succès,
- 1 échec.

Pour 9 cerclages :
- 5 succès 55,5%
- 2 échecs 22,2%
- 2 résultats incertains ..... 22,2%.

Pour 2 scleral buckling :

- 1 échec
- 1 résultat incertain.

Pour 1 poche sclérale lamellaire :

- 1 résultat incertain.

Bien qu'il soit difficile de conclure sur un nombre assez limité de cas, on peut tout de même constater que lorsqu'il existe un décollement relativement limité avec une déchirure bien repérée, c'est l'intervention la moins traumatisante : la diathermie associée à quelques perforantes qui paraît la plus efficace. Cependant il est impossible de généraliser, tant

les cas cliniques sont diversifiés.

VI.- DECOLLEMENT RETINIEN DE TROIS QUADRANTS: (4 cas).

1 cas où il existait plusieurs déchirures supéro-nasales chez un monophtalme, fut traité par résection sclérale reprise par deux cerclages, deux mois après, et aboutit à une réapplication rétinienne avec acuité visuelle de 5/10.

2 cas où une déchirure unique avait pu être localisée, furent traités par cerclage avec réapplication rétinienne dans les deux cas et acuité respectivement de 1/10 chez un malade porteur d'une cataracte nuléaire et 6/10 chez un malade aphake.

1 cas où aucune déchirure n'avait pu être localisée et qui fut traité par cerclage aboutit à un échec.

VII.- DECOLLEMENT TOTAL : (11 cas)

5 cas où une ou plusieurs déchirures étaient visibles furent traités :

- 1 fois par diathermie complétée par une nouvelle diathermie deux mois plus tard avec succès rétinien et acuité de 2/10.

- 4 fois par cerclage avec :

- 1 réapplication et acuité à 1/50.
- 3 échecs avec décollement total persistant. Dans un cas fut tentée une injection d'air dans le vitré sans résultat.

- 1 cas qui s'accompagnait d'une désinsertion fut traité par diathermie avec succès et acuité à 6/10.

- 5 cas où aucune déchirure ne pouvait être mise en évidence furent traités par cerclage : il y eut :

- 2 succès rétinien et acuité à 1/50 dans les deux cas,
- 3 échecs. Il s'agissait :

- 1 fois d'un malade aphake chez qui le décollement était apparu dans les jours suivants l'intracapsulaire. Une intracapsulaire de l'autre oeil s'était compliquée de décollement six mois après, opéré sans succès.

- 1 fois d'un malade aphake à la suite d'une longue histoire d'hypertonie compliquée de luxation du cristallin.

- 1 fois d'un malade ayant présenté un décollement du même oeil un an auparavant, opéré sans succès. Une tentative de reprise dans le service fut sans résultat.

VIII.- DECOLLEMENT NON PRECISE : (3 cas).

- 1 cas traité par diathermie avec succès rétinien et acuité visuelle à 2/10. Mais résultat incertain.

- 2 cas traités par résection sclérale avec réapplication rétinienne et acuité visuelle de :

- 1/10 (résultat incertain),
- 5/10 chez un aphake.

IX.- RESULTATS EN FONCTION DU REPERAGE DES DECHIRURES :

Dans les 74 cas où une ou plusieurs déchirures avaient pu être localisées, nous trouvons :

- 46 succès ..... 62, 1% ..
- 17 échecs 22, 9%
- 11 résultats incertains ..... 15%.

Par contre si nous considérons les 27 cas sans déchirure visible, il n'y a plus que :

- 10 succès 37%
- 9 échecs 33,3%
- 8 résultats incertains ..... 29,7%.

Un kyste rétinien sans déchirure visible.

X.- RESULTATS GLOBAUX SELON L'AGE DES SUJETS :

- de 0 à 20 ans :
4 cas suivis de 2 réapplications,
de 2 réapplications mais résultats incertains.

- de 20 à 40 ans :
19 cas suivis de 13 réapplications ... 68,4%
3 échecs 15,8%
3 résultats incertains 15,8%

- de 40 à 60 ans :
38 cas suivis de 22 réapplications ... 56,4%
10 échecs 25,6%
7 résultats incertains 18%

- au-delà de 60 ans :
39 cas suivis de 19 réapplications ... 47,5%
14 échecs 35%
7 résultats incertains ..... 17,5%.

Nous retrouvons là une constatation ancienne qui ressort des différentes statistiques, la progression des échecs avec l'âge.

XI.- RESULTATS EN FONCTION DE L'EPREUVE DU REPOS :

Dans les 24 observations précisant que l'épreuve du repos avait amené une réapplication nous constatons :

- 16 succès 66,6%
- 5 échecs 20,9%
- 3 résultats incertains 12,5%

Par contre dans les 16 observations où l'épreuve du repos n'amène aucune réapplication il y a :

- 6 succès 37,5%
- 8 échecs 50%
- 2 résultats incertains ..... 12,5%.

Dans les autres observations, les résultats de cette épreuve n'étaient pas mentionnés.

XII.- RESULTATS EN FONCTION DE LA REFRACTION:

- Myopie de 0 à 5 :

30 cas : 17 succès 56,6%
8 échecs 26,6%
5 résultats incertains ..... 16,6%.

Dans ces 30 cas, existaient deux aphakes pour lesquels le résultat fut :

- 1 succès et un échec.

- Myopie de 5 à 12 :

23 cas : 14 succès 60,8%
5 échecs 21,7%
4 résultats incertains 17,3%

- Myopie supérieure à 12 :

4 cas : - 3 succès,
- 1 échec.

Emmétropes:

23 cas :- 13 succès 56,5%
- 5 échecs : 21,7%
- 5 résultats incertains 21,7%

Hypermétropes :

12 cas :- 7 succès 58,3%
4 échecs 33,3%
1 résultat incertain ..... 8,3%.

Astigmatisme important :

1 cas :- 1 échec.

Sans précision :

9 cas : dont - 8 aphakes:
- 2 succès,
- 4 échecs,
- 2 résultats incertains

et un malade présentant une cataracte totale et des taies cornéennes.
- 1 résultat incertain.

XIII.- RESULTATS EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DU DECOLLEMENT :

1.) Moins de 8 jours :

33 cas : 22 bons résultats 66,6%
8 échecs 24,2%
3 résultats incertains 9,1%

2.) Moins d'un mois:

40 cas : 20 bons résultats 50%

12 échecs 30%
8 résultats incertains 20%

3.) Plus d'un mois :
25 cas : 13 bons résultats 52%
5 échecs 20%
7 résultats incertains 28%

4.) Non spécifiés :
4 cas : 1 succès avec acuité à 8/10
3 échecs.

Ces chiffres qui s'opposent aux idées habituelles qui veulent que les échecs soient d'autant plus fréquents que le décollement est opéré plus tardivement, vont quand même dans le même sens que ceux rapportés par COPPEZ, DOLLFUS et RAEYMAECKERS, cependant, nous n'avons envisagé que les résultats anatomiques. Si nous considérons maintenant les acuité visuelles résiduelles.

1.) Moins de 8 jours :
Parmi les 22 bons résultats, l'acuité était respectivement de :
- 1/50 , une fois
- 1/10 , deux fois
- 2/10 , six fois
- 3/10 , une fois
- 4/10 , trois fois
- 5/10 , trois fois
- 6/10 , trois fois
- 7/10 , une fois
-10/10 , deux fois.

2.) Moins de un mois :
Dans les 20 bons résultats, l'acuité était de :
- 1/50 , quatre fois
- 1/20 , deux fois
- 1/10 , quatre fois

- 2/10 , une fois
- 4/10 , deux fois
- 5/10 , trois fois
- 7/10 , trois fois
- 9/10 , une fois

3.) Plus de un mois :

Dans les 13 bons résultats, l'acuité était de :

- 1/50 , deux fois
- 1/10 , six fois
- 2/10 , une fois
- 4/10 , une fois
- 6/10 , trois fois

Si dans l'ensemble, les résultats anatomiques ne paraissent pas plus mauvais après un délai prolongé, il faut constater que les acuités visuelles résiduelles sont nettement moins bonnes. Malgré tout, en dehors d'un cas qui remontait à plus d'un an et dont le résultat fut un échec, et deux cas qui remontait à environ six mois et dont les acuités furent respectivement de 1/50 et 1/10, dans toutes les autres observations, la période pré-opératoire ne dépassait pas deux mois.

XIV.- DECOLLEMENT RETINIEN ET APHAKIE :

Dans 10 observations, le décollement rétinien est survenu chez des aphakes.

Une fois, le délai entre l'intervention pour cataracte et le décollement était de moins de 1 mois, il s'agissait d'une intracapsulaire avec alphachymotrypsine. Un cerclage sur le décollement total avec déchirures nombreuses et importantes, fut suivi d'échec.

Deux fois, le délai entre l'intervention pour cataracte et le décollement était de 1 à 6 mois dans les deux cas il s'agissait d'une intracapsulaire.

- un cerclage sur le décollement total sans déchirure visible fut suivi d'échec.

- une résection chez un malade dont l'extraction du cristallin pratiquée sous alphachymotrypsine et compliquée d'issue de vitré et dont le type de décollement n'était pas précisé dans l'observation aboutit à une réapplication rétinienne avec acuité à 5/10.

- Six fois, le délai entre l'intervention pour cataracte et le décollement était supérieur à 6 mois, dans quatre cas il s'agissait d'une intracapsulaire sans précision autre.

- une galvanocautérisation sur un décollement inférieur sans déchirure visible, suivie dans l'immédiat de réapplication et acuité à 4/10, aboutit malheureusement à une récidive un mois après avec abstention thérapeutique.

- une résection reprise 2 mois après par une diathermie sur un décollement inférieur sans déchirure visible aboutit à un échec.

- une résection sur un décollement nasal inférieur avec plusieurs déchirures fut suivie de réapplication rétinienne. Mais résultat incertain.

- un cerclage sur un décollement inférieur plat sans déchirure visible fut suivi de réapplication rétinienne. Mais résultat incertain. Dans deux cas, il s'agissait d'une intracapsulaire avec alphachymotrypsine sans issue de vitré.

- une résection sur un décollement inférieur avec trois trous aboutit à un succès rétinien et acuité visuelle à 5/10.

- un cerclage sur un décollement de trois quadrants avec une déchirure unique, fut suivi

de réapplication et acuité à 6/10.

Une fois, le délai entre l'intervention pour cataracte et le décollement rétinien était de 17 ans, il s'agissait d'une cataracte congénitale opérée par discision et complétée par une membranulectomie.

- un cerclage sur le décollement inférieur sans déchirure visible, repris par un autre cerclage aboutit à un échec.

Au total sur les 10 observations, nous comptons :

- 3 bons résultats 30%
- 5 échecs 50%
- 2 résultats incertains 20%

Ces résultats vont dans le même sens que ceux déjà rapportés et qui confirment que l'aphakie est un élément de mauvais pronostic.

XV.- COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES :

Nous avons retrouvé :

- 20 fois un vitré trouble (dans 12 observations, le résultat final a été un échec; dans les 8 autres le vitré s'est éclairci et le résultat a été bon).

- 13 fois des hémorragies rétiniennes (dans 10 cas elles se sont résorbées sans histoires, mais dans 3 cas il y eut un échec).

- 3 fois, une hémorragie du vitré ayant entraîné un échec dans deux observations.

- 4 fois, un oedème rétinien qui s'est bien résorbé dans trois observations.

- 2 fois, un cerclage s'est compliqué d'hypertonie oculaire sévère et s'est soldé par un échec.

- 1 fois, une panophtalmie a compliqué un cerclage et s'est terminée par une énucléation.

- 1 fois, une dacryocystite aigue.

- sur un plan général :
- deux phlébites,
- une infection urinaire.

XVI.- RESULTATS SUIVANT LES TECHNIQUES :

1.) Diathermie :

- 12 guérisons 63,1%
- 2 échecs 10,5%
- 5 résultats incertains 26,3%

2.) Galvanocautérisation :

- 4 guérisons 36,3%
- 4 échecs 36,3%
- 3 résultats incertains 27,3%

3.) Résection :

- 24 guérisons 70,5%
- 5 échecs 14,7%
- 5 résultats incertains 14,7%

4.) Cerclage :

- 11 guérisons 42,3%
- 12 échecs 46,1%
- 3 résultats incertains 11,5%

5.) Résection, plus cerclage:

- 5 guérisons
- 1 échec

- 1 résultat incertain.

6.) Diathermie, plus cerclage :

- 2 échecs.

7.) Scleral buckling :
- 1 échec
- 1 résultat incertain.

8.) Poche sclérale lamellaire :

- 1 résultat incertain.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Depuis les travaux fondamentaux de GONIN et de Gilbert SOURDILLE qui ont ouvert l'ère chirurgicale du décollement de la rétine et ont fixé les grands principes de ce traitement, de nombreuses techniques chirurgicales sont nées et ont contribué à améliorer régulièrement le pourcentage des succès opératoires et des guérisons.

Celui-ci oscille entre 55 et 80% selon les auteurs, et si nous reprenons les résultats globaux de cette étude, nous tombons entre ces chiffres.

Nous avons en effet sur les 102 cas envisagés :

- 56 bons résultats,
- 27 échecs,
- 19 résultats incertains

ce qui donne un pourcentage de 54,9% de succès. Mais si nous éliminons les 19 résultats que nous avons considérés comme incertains parce que, bien qu'il existât un bon résultat anatomique et une acuité visuelle chiffrable postopératoires précoces au premier mois ou à la sixième semaine après l'intervention, les malades n'avaient pas été revus six mois après, sur 83 cas nous obtenons alors 65,5% de succès.

Si nous essayons maintenant de tirer quelques conclusions pratiques de ces résultats, nous nous apercevons qu'il est très difficile de les codifier d'une façon schématique, étant

donné la multiplicité et la complexité des cas rencontrés, cependant, on peut d'après les faits cliniques analysés, séparer les cas jugés favorables et les cas graves.

Seront considérés comme graves :

- les décollements anciens, en particulier ceux vus tardivement après six mois, car même dans ces cas, si on peut parfois espérer un bon résultat anatomique, l'acuité visuelle reste basse en raison de l'atteinte maculaire.

- les décollements où la rétine ne s'est pas réappliquée à la suite de l'épreuve du repos ou de la ponction diathermique.

- les décollements s'accompagnant de déchirures rétiniennes multiples, étendues, à plus d'un quadrant, de déchirures vastes très déchiquetées à lambeau étendu, sur une rétine amincie, diaphane, dégénérative et fragile, de déchirures très postérieures ou de vastes désinsertion supérieure. Lésions que l'on rencontre plus particulièrement chez les sujets âgés de plus de soixante ans, artérioscléreux, hypertendus ou diabétiques.

- les décollements qui s'accompagnent d'un trouble du vitré persistant après l'intervention.

- les décollements déjà opérés, soit qu'il y ait persistance du soulévement ou apparition de nouvelles déchirures survenant en général sur des rétines présentant des lésions dégénératives, des palissades disséminées.

- les décollements où aucune déchirure n'a pu être localisée.

- les décollements survenant chez des aphakes.

Dans tous ces cas de décollements jugés graves dès le départ, la majorité des auteurs recommande sur le plan chirurgical les méthodes combinées qui ont toutes le même but, obtenir un rapprochement rétino-choroîdien par réduction du volume du globe. Résultat qui sera obtenu soit par résection sclérale, cerclage ou indentation, la diathermie et l'évacuation du liquide sous rétinien venant compléter l'une ou l'autre de ces techniques.

Par contre les méthodes dites "simples", galvano et diathermocoagulation seront réservées aux cas jugés les plus favorables :

Ceux qui se réappliquent par le repos, limités à un quadrant sans lésions rétiniennes ou rétino-vitréennes importantes quelque soit l'âge du sujet ou sa réfraction.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : P. BREGEAT

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AMSLER. SCHIFF-WERTHEIMER.
Le décollement de la rétine. Traité d'Ophtalmologie. Masson 1939.

APPLEBY, PISCHEL.
Revue de 100 cas de décollement de rétine. American Journal of Ophtalmology. Cincinnati. 1948.

ARRUGA H.
Le décollement de la rétine.
Barcelone 1936.

ARRUGA H.
Quelques déductions à propos de deux mille cas de décollement de rétine opérés. Ophtalmologica. Basel. 1949.

ARRUGA H.
Chirurgie oculaire. Paris 1953.

BAGLEY.
Etude statistique du décollement rétinien. American Journal of Ophtalmology. Cincinnati. 1948.

BARRAQUER. MONER J. MUINOS. SIMON A.
Résection sclérale lamellaire.
Indications, technique, résultats. Archives d'ophtalmologie (Paris). 1956, et Ophtalmologica (Basel) 1956.

BIETTI G.B. PANNARALE M.R.
Résultats et remarques sur certaines techniques employées dans le traitement du décollement de la rétine (avec référence spéciale

aux méthodes de cerclage. Ophtalmologica, Basel. 1965.

BOKE W.
Résultats de la chirurgie de la rétine. (Colloque "traitement moderne du décollement, Club Jules Gonin, Lausanne, 1961). Mod. Probl. Ophtal., Basel 1965.

DEVOIZE J.
Le cerclage équatorial du globe dans le décollement de la rétine ; technique, indications, résultats. Thèse, Paris 1964.

DOLLFUS M.A.
Résultats éloignés des opérations de décollements de la rétine. Annales d'Oculistique Paris 1947.

DOLLFUS M.A. RAEYMAECKERS G.
La Galvanocautérisation à pointe fine dans le traitement du décollement de rétine et étude de 1060 cas de décollements rétiniens. Annales d'Oculistiques (Paris) 1960.

DOLLFUS M.A.
Etude de 85 cas de décollement de rétine dans l'aphakie.
Bulletin de la société Française d'Ophtalmologie 1962.

DUFOUR RICCI ERPELDING.
Statistique et décollement de la rétine.
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie. 1962.

FRANCOIS J. VERRIEST G. ROUCK A. DEVOS E.
Contributions à l'étude statistique des déficits fonctionnels dans le décollement de la rétine.
Bulletin à la société Française d'Ophtalmologie 1962.

GAILLARD G.
Les résultats fonctionnels des traitements chirurgicaux du décollement de la rétine. Rapports de la Société Française d'Ophtalmologie. Masson. 1962.

GENET.
Traitement du décollement rétinien par diathermo-coagulation.
Société Française d'Ophtalmologie. 1932

GERHARD J.P. ROTH A.
Le traitement du décollement de rétine par le bourrelet scléral avec inclusion de sclére : réflexion après 100 interventions.
(Société Ophtalmologique de l'Est. Strasbourg 1964).
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie. 1965.)

GONIN.
Le décollement de la rétine. Lausanne. 1934.

GUILLAUMAT L. BERNARD P.
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie 1962.

HERVOUET F. CHEVANNES H.
Le décollement de la rétine.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1963-64

HUDSON J.R.
Transactions of the Ophtalmological Society of Canada 1963.

JEANDELIZE, BAUDOT.
Nos résultats actuels dans le traitement du décollement rétinien par diathermie.
Société Française d'Ophtalmologie. 1933.

JEANDELIZE, BAUDOT, GAULT.
Résultats du traitement du décollement réti-

nion par la diathermo-coagulation. Statistique opératoire.
Société Française d'Ophtalmologie 1936.

MALGRAN J. MALBRAN E.
Le décollement de la rétine et son traitement selon Schepens. Bolletino Oculistico (Florence). 1956.

MALBRAN E. J.
Quelques résultats dans la chirurgie du décollement rétinien.
British journal of Ophtalmology ; (Londres) 1959.

MALBRAN E. DODDS R.
Décollement de la rétine et aphaxie.
Ophtalmologica 1964.

MASSIN.
Résultat des interventions complexes dans le traitement du décollement de rétine.
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie. 1962.

MORAX P.V. POULIQUEN Y.
Considérations sur le décollement de la rétine de l'aphaque. Annales d'Oculistique. (Paris). 1963.

PAUFIQUE L. HUGONNIER R.
Traitement du décollement de la rétine par la résection sclérale : technique personnelle, indications et résultats.
Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie 1951.

PAUFIQUE. HUGONNIER. MOREAU.
La place de la résection sclérale dans le traitement du décollement de la rétine.
Indications; technique personnelle. Résul-

tats. Annales d'Oculistique. 1952.

PAUFIQUE L. HERVOUET F.
Anatomie pathologique et pathogénie du décollement de la rétine. Etat actuel du traitement. Annales d'Oculistiques. (Paris) 1962.

PAUL S.D.
Résultats de la chirurgie du décollement de la rétine. (résultats opératoires sur 100 cas).
Ophtalmologica, Basel. 1965.

PHILPS.
Les résultats de la résection sclérale dans le traitement du décollement de la rétine. Congrès International d'Ophtalmologie. Londres 1950.

SAFAR.
Décollement de la rétine ; son traitement par les ponctions diathermiques multiples; résultats. Archives of Ophtalmology,1934.

SAINT-MARTIN.(de)
Les procédés opératoires du décollement de la rétine ; indications et résultats. Société Française d'Ophtalmologie. 1933.

SCHEPENS.
Décollement dela rétine et aphakie. Archives of Ophtalmology. Chicago 1951.

SCHIFF-WERTHEIMER, BAILLIART.
Réflexions sur 100 cas de décollement de la rétine opérés par diathermo-coagulation. Société Française d'Ophtalmologie 1935.

SCHIFF.WERTHEIMER.
Décollement et aphakie. Année thérapeutique. 1958

SEDAN J. FARNARIERG.
Notre bilan de la résection sclérale dans les décollements rétiniens de l'aphake. Annale d'oculistique. Paris 1960.

SHAPLAND C.D.
Indications pour la diathermie ou la résection sclérale dans le traitement du décollement de la rétine. 1956.

SOURDILLE.
Succès opératoires dans le traitement du décollement rétinien. Thèse 1930.

URRETS, ZAVALIA.
Décollement de la rétine. Masson.

WEEKERS L.R. HEINTZ. ROUSSEL.
Résultats anatomiques et fonctionnels de l'opération du décollement de la rétine. Etude statistique. Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie. 1947.

WEVE. VAN MANNEN.

Technique et résultats du traitement diathermique du décollement rétinien en 1935. Société Française d'Ophtalmologie 1936.

-:-